

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

153

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Ahmed Aly RACHTY

Né le 3 février 1906, à Izbet Saleh Pach Foud Fout (Haute-Égypte)

LE
TRAITEMENT DE LA PHASE AIGÜE
DE LA
BLENNORRAGIE
PAR L'ANTISEPSIE PROFONDE

Président : M. G. MARION, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1933

614

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Ahmed Aly RACHTY

Né le 3 février 1906, à Izbet Saleh Pach Foud Fout (Haute-Égypte)

LE

TRAITEMENT DE LA PHASE AIGÜE

DE LA

BLENNORRAGIE

PAR L'ANTISEPSIE PROFONDE

Président : M. G. MARION, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1933

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	N...
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	MARION.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale.....	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BROCCQ Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiâtrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 OLIVIER Anatomie.
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale
 et comparée.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

MM.

RETTERER Histologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
N.	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.

MM.	
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.
GUÉNIOT	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

M.A. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT, agrégé....	
LEDoux-LEBARD	
WEIL-HALLÉ.....	
	Stomatologie.
	Éducation physique.
	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A SA MAJESTÉ FOUAD I^{er}, ROI D'EGYPTE

*Humble témoignage de respectueuse
fidélité et de profonde reconnaissance
pour le geste généreux dont Elle a
daigné honorer mes études médicales.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

*A qui va ma première pensée et
dont le souvenir ne s'effacera jamais
de mon cœur.*

A MA MÈRE

*Avec mes sentiments de profonde
reconnaissance et d'affection filiale.*

A MA SOEUR

A MES FRÈRES

AUX MIENS

A MES AMIS

ET A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

En témoignage de gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR G. MARION

Professeur de Pathologie chirurgicale

Officier de la Légion d'honneur

*Hommage de notre vive reconnais-
sance pour le grand honneur qu'il nous
a fait en acceptant la présidence de
notre thèse.*

A MON MAITRE

LE DOCTEUR MAURICE RENAUD

Médecin de l'Hôpital de Brévannes

Médecin des Hôpitaux de Paris

Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui nous a accueilli et a dirigé
notre travail.*

*Témoignage de respectueuse grati-
tude et de sincère attachement.*

A M. MIGET

Interne des Hôpitaux

Chef de Laboratoire à l'Hôpital Bichat

*Avec mes sincères remerciements
pour l'aide précieuse qu'il a bien voulu
nous apporter pour l'élaboration de
ce travail.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS
ET MONTPELLIER

En gage de dévouement respectueux.

A SON EXCELLENCE DOUANY BEY

Docteur Es Sciences. Docteur en Médecine
Directeur de la mission Scolaire Egyptienne à Paris
Officier de la Légion d'honneur

*Dont le dévouement inlassable à
la cause des étudiants Egyptiens en
France nous a toujours profondément
touché. Faible hommage de gratitude
et de respectueuse reconnaissance.*

LE TRAITEMENT DE LA PHASE AIGÜE

DE LA

BLENNORRAGIE

PAR L'ANTISEPSIE PROFONDE

INTRODUCTION

La blennorragie est le type des affections microbiennes à détermination locale. L'agent microbien, qui la cause, est bien connu. Accidentellement déposé à l'endroit même où il produira les désordres qui caractérisent la maladie, il envahira la muqueuse des voies urinaires de proche en proche, ne la franchissant que par exception. Ce diplocoque est un germe fragile, Gram négatif, vivant difficilement hors de l'organisme et qui s'apparente à des germes dont l'existence est toujours précaire et courte. Les lésions inflammatoires qui déterminent le gonocoque sont d'ailleurs des plus banales : congestives, œdémateuses, suppuratives, sclérosantes.

Ces notions étant données, on serait en droit de penser qu'une affection ainsi déterminée ne peut être que bénigne et de courte durée. Or, à l'expérience, il se trouve que la blennorragie est la maladie la plus tenace qui soit et que son évolution, de durée presque

toujours indéfinie, est entrecoupée des poussées aiguës et subaiguës. Sous son apparente bénignité, elle est, en raison de ses incidents multiples, tant chez l'homme que chez la femme, une maladie des plus redoutables pour l'individu et pour la race.

Chercher les raisons de ce paradoxe entraînerait à des discussions de pathologie générale de haute envolée. Il faudrait traiter à la fois des conditions de la vie microbienne dans les tissus et de l'évolution des lésions inflammatoires, en cherchant dans quelle mesure la présence des germes pathogènes est nécessaire à leur entretien une fois qu'elles sont passées à l'état chronique. On aborderait ainsi les plus importants problèmes de la pathologie dont la discussion dépasserait de beaucoup notre modeste sujet, sans qu'il soit possible, en l'état de nos connaissances, de leur donner une interprétation satisfaisante.

Nous ne les rappelons que pour bien montrer justement que l'importance doctrinale de notre travail ne nous a point échappé. Loin d'avoir l'ambition de traiter la question de la blennorragie dans toute son ampleur, nous voulons seulement mettre en évidence quelques faits susceptibles d'aider à la mieux comprendre. En particulier, nous désirons attirer l'attention sur l'intérêt qu'il y a à instituer un traitement d'attaque particulièrement efficace dans la phase aiguë de l'affection, seule thérapeutique susceptible sinon de la guérir toujours d'emblée, d'en limiter tout au moins les méfaits.

CHAPITRE PREMIER

VUE D'ENSEMBLE SUR LES TRAITEMENTS DE LA BLENNORRAGIE

I. — THÉRAPIES LOCALES.

Il était naturel, qu'en raison même du caractère local de la maladie que nous avons appelé, on cherchât, par des moyens locaux, à limiter l'extension et diminuer l'intensité des réactions inflammatoires qui en sont la manifestation essentielle.

Il eut été bien étonnant, une fois connu le gonocoque qu'on ne tentât pas de l'atteindre par antiseptie directe. On sait toutes les tentatives qui ont été faites dans ce sens. Elles sont innombrables. Sans en discuter les mérites, on peut bien dire qu'elles n'ont pas, jusqu'ici, mis entre nos mains, une méthode vraiment efficace du traitement de la blennorrhagie, c'est-à-dire permettant d'en obtenir la guérison rapide et complète. En effet les méthodes des grands lavages au permanganate de potassium, à des dilutions variables, ont donné des résultats irréguliers et différemment jugés par les auteurs. La technique des lavages de l'urètre a ses partisans et ses adver-

saires. A son propos se posent les questions complexes sur lesquelles nous ne pouvons, ni ne devons prendre position. Nous voulons seulement noter ici que malgré la diffusion de ce moyen de traitement la maladie est toujours ce qu'elle était. La méthode mixte où l'emploi des grands lavages est associée à l'ingestion des balsamiques est passible des mêmes critiques. Tout aussi aléatoires et difficiles à juger sont les résultats obtenus par les moyens physiques tels que la thermothérapie par irrigation chaude du canal, les sondes chauffées, la diathermie, l'ozonothérapie et la méthode Bier par aspiration.

Faut-il s'en étonner ? Nous ne le croyons pas. Dans quel tissu que ce soit, l'antisepsie par la surface est impossible à réaliser ; les agents chimiques dont nous disposons n'ayant qu'une action extrêmement limitée, arrêtés et fixés qu'ils sont eux-mêmes, par les tissus.

La poursuite directe du microbe paraît illusoire et, disons le mot, un peu puérile, dès qu'on veut bien envisager les phénomènes à l'échelle cellulaire et tenir compte des lois fondamentales et inéluctables de la chimie physique. La diphtérie, dont la lésion est pourtant si directement et si aisément accessible n'a point été vaincue par des collutoires, et les lésions nasopharyngées sont rebelles aux pratiques d'une antisepsie pourtant facile à réaliser à leur niveau.

Remarquons d'ailleurs que les heureuses modifications obtenues après des traitements locaux peuvent relever de bien d'autres causes qu'une action anti-

septique directe : nettoyage des surfaces et modification de p. H., action vaso-motrice, excitations cellulaires, etc...

En prenant les choses en bloc et en nous plaçant au point de vue pratique, nous ne voyons pas d'ailleurs que les résultats favorables susceptibles d'être rapportés à l'influence des médications locales soient bien importants.

Si l'on s'en tient, par exemple, à l'observation d'une clientèle du dispensaire, il ne nous semble pas (et c'est l'opinion que défend notre maître le Dr Maurice Renaud) que la physionomie d'ensemble de la maladie soit sensiblement modifiée par la pratique des lavages. Nous n'en ferons pas le procès, bien que, pour notre part, nous y ayons renoncé, en raison de leurs inconvénients, sinon des dangers auxquels ils exposent. Constatons seulement qu'ils ne peuvent prétendre à modifier sensiblement le cours de la maladie et qu'on est amplement autorisé à chercher dans une autre voie des directives de traitement.

II. — L'ANTISEPSIE PROFONDE.

Les médiocres résultats de traitements locaux ont tout naturellement conduit à d'autres tentatives thérapeutiques d'action générale.

Depuis le temps déjà lointain où, à la suite de Wright, le public médical s'est engoué de ce qu'on a désigné sous le vocable bien inexact de *vaccinothérapie*, innom-

brables essais ont été tentés pour modifier l'évolution de la blennorragie grâce à des substances spécifiques ; citons comme les plus dignes de retenir l'attention, ceux de Mirandi, Schmidt et Mauté. Ils se sont heurtés au fait que la blennorragie n'est point une maladie semblable aux grandes infections qui immunisent. Les vaccins, soi-disant spécifiques, ne font que provoquer des réactions organiques banales qui influencent parfois le cours des processus infectieux et l'évolution locale, ainsi que l'a fort bien dit notre maître Maurice Renaud dès l'année 1910, mais sur l'efficacité desquelles il ne faut pas trop compter et qu'on a tendance à abandonner complètement après en avoir attendu merveilles.

C'est alors que les idées nouvelles sur l'antisepsie profonde qui avait été considérée durant les longues années comme une méthode d'exception et pleine de dangers orientaient les chercheurs dans d'autres voies.

On s'efforçait ici d'atteindre les tissus par la profondeur, d'amener l'antiseptique par les humeurs avec le sang circulant, tâche d'autant plus difficile que les germes bactériens offrent aux agents thérapeutiques une substance plus grande que celle des cellules qu'ils parasitent.

Le perfectionnement des techniques de la chimiothérapie antibactérienne autorisait pour la blennorragie les plus légitimes espérances.

Parmi les substances employées l'acridine retient tout particulièrement l'attention.

L'ACRIDINE

Le composé chimique.

L'acridine est une matière colorante dont la structure chimique est relativement simple, puisqu'elle dérive de l'Anthrazène (substance formée de 10 groupements C. H.) par simple substitution d'un noyau Az. à l'un des groupes CH.

C'est Manneberg, en application des travaux antérieurs de Tappeimer, qui utilisa, dès 1892, l'action antiseptique d'un dérivé aminé de l'acridine. Ehrlich expérimenta ensuite des dérivés analogues, en particulier la 3-6 Diamino-Acridine.

C'est un composé chloré de ce corps que les Anglais à l'instigation de Browning utilisèrent dès le début de la guerre sous le nom de Proflatine.

Par substitution d'un groupe CH³ à l'atome H. du groupe HCl de cette proflavine on obtient le 10-chlorométhylate de 3-6 Diamino-Acridine qui est la trypaflavine neutre connue aussi en France sous le nom de gonacrine.

Pouvoir bactéricide « in vitro ».

Les propriétés bactéricides de l'acridine et de ses dérivés, qui s'accroissent d'ailleurs en présence du sérum, sont connues depuis longtemps. Mais ce sont les travaux de Browning et de ses collaborateurs,

Cohen, Gilmow, Kennwoy, Gulbrandt et Thervkon qui leur ont donné dans la chimiothérapie moderne une place importante.

La sensibilité de la plupart des bactéries aux solutions de trypaflavine en milieu sanguin est extrême.

D'après Neufeld, Schiéman et Baumgarten, les gonocoques et les méningocoques sont détruits dans les solutions de 1 p. 300.000 à 1 p. 30.000.000, les bacilles de choléra des poules dans les solutions de 1 p. 800.000 à 1 p. 2.000.000.

De tous antiseptiques jusqu'ici expérimentés, c'est sûrement l'acridine qui confère au sérum, aussi bien qu'aux milieux des cultures, le pouvoir bactéricide le plus élevé.

Dans des expériences de vérifications, notre maître M. Maurice Renaud a pu constater que les solutions de jaune d'acridine sont encore fortement antiseptiques à des dilutions de un pour quinze ou vingt millionnièmes.

Pouvoir bactéricide « in vivo ».

L'action antiseptique de tous ces dérivés de l'acridine dans l'organisme même des animaux a été mise en évidence au cours de très nombreuses expériences en particulier, sur le bacille de choléra des poules, le bacille dysentérique, les streptocoques et méningocoques. Cependant cette action *in vivo* est assez irrégulière et certains expérimentateurs n'ont obtenu au

cours de leurs recherches que des résultats douteux ou insignifiants.

Inconvénients, toxicité.

D'ailleurs les inconvénients de cette médication ne sont pas négligeables.

C'est un produit irritant, dont les solutions concentrées tachent et brûlent la peau. L'injection sous-cutanée est très douloureuse et détermine une lésion inflammatoire locale qui aboutit à l'induration, à la suppuration et même à la nécrose; la seule voie d'introduction possible est la voie intraveineuse.

L'injection dans le sang ne provoque généralement aucun trouble et la matière colorante s'élimine par la bile et les urines après avoir imprégné la peau, les muqueuses et les viscères eux-mêmes, imprégnation admirablement tolérée.

Chez certains sujets pourtant, l'injection détermine un état de choc par excitation du sympathique.

Les véritables intoxications tardives avec adultérations viscérales sont exceptionnelles.

Récemment, MM. Lemierre et Cattan, Ch. Richet fils et Coudert, Brulé et Lenègre ont mis en cause la toxicité rénale du produit et son pouvoir urémigène, au cours des affections typhoïdes. Cependant il est difficile de faire la part dans les accidents signalés de la toxicité du médicament et de l'influence du germe causal.

La fièvre typhoïde, ainsi que l'admettent MM. Brulé et Lenègre, est souvent facteur d'azotémie et il faut tenir compte dans l'appréciation de ces manifestations néphro-toxiques non seulement du terrain sur lequel elles apparaissent, mais aussi des tares rénales antérieures qui, souvent, les commandent.

On a signalé également la présence d'ulcères duodénaux analogues à ceux des brûlures (Wellich) dont la pathogénie est des plus discutable.

Quoi qu'il en soit, si l'on peut admettre que l'injection de composés acridiniques est en principe peu nocive, il n'en est pas moins nécessaire de suivre les règles strictes dans leur emploi, car M. Lievigne a montré récemment que l'écart entre la dose utile et la dose bien tolérée n'est pas énorme et qu'on ne doit dépasser chez l'homme la dose d'un centigramme par kilogramme.

L'acridine dans la blennorragie.

Le pouvoir bactéricide considérable et la facilité d'élimination par l'urine semblait donc faire du jaune d'acridine un médicament de choix de la blennorragie.

Dès 1919, Waston avait signalé 222 cas de blennorragie heureusement influencés par des injections locales. D'autres publications parurent ensuite, notamment celles de Schonfeld et de Whitehouse.

En 1925, MM. Jausion, Diot et Vourexakis attiraient l'attention sur cette thérapeutique dans une

série de publications où ils vantaient l'heureuse influence de la gonacrine sur l'évolution de la blennorragie et de ses complications.

A vrai dire, si les résultats furent encourageants, ils n'ont pas été aussi brillants qu'on l'avait espéré. Dans les cas rapportés dans la thèse de Drudin, l'évolution de la maladie s'est prolongée durant six à huit semaines ; certains malades ayant reçu sans inconvénient d'ailleurs jusqu'à 30, 35 et même 54 injections de gonacrine.

Au total on a noté 10 guérisons complètes survenues en 2-4 mois, contre 13 cas où seule une amélioration s'est produite. D'autre part, M. Drudin traitant cinq malades chez M. Janselme obtient 2 guérisons complètes en deux mois après 10 injections, deux autres malades n'ayant pas poursuivi assez longtemps leur traitement qu'ils trouvaient désagréable furent perdus de vue et un cinquième reçut 26 injections sans en tirer le moindre bénéfice.

Le pourcentage global d'après la méthode de M. Jausion en serait le suivant :

10 % guéris après 5 injections.

60 % guéris après 15 à 25 injections.

30 % échec (Drudin).

La quantité des injections souligne suffisamment la longue durée du traitement puisque l'évolution de la blennorragie s'est prolongée cinq semaines et même deux mois en moyenne.

Les résultats obtenus par M. Tissot dans le service

de M. Heitz-Boyer ont paru encore moins favorables et la conclusion qui se dégagait d'une discussion par cet auteur à la Société Médicale (1926) était que le jaune d'acridine ne peut être considéré comme l'agent spécifique de la blennorragie à la période aiguë, mais qu'il est un adjuvant susceptible de rendre de précieux services.

Tenant compte des observations faites à la consultation de l'hôpital Bichat, nous souscrivons pleinement à ces réserves car les nombreux malades traités par cette médication jusqu'en 1930 n'ont pas paru en tirer un bénéfice appréciable.

Ainsi cette méthode si encourageante, considérée par certains auteurs comme un merveilleux idéal, n'a pas eu l'immense portée pratique que d'aucuns lui attribuaient.

C'est alors que M. Maurice Renaud, ayant reconnu et étudié les propriétés antibactériennes remarquables des sapoïdes organiques et minéraux, commença à les utiliser pour traiter par chimiothérapie les processus infectieux les plus divers tels que le chancre mou, les affections de la muqueuse génitale, les dermatoses et certaines maladies infectieuses (pneumonie, typhoïde); il devait rapidement être amené à étudier leur influence dans la blennorragie.

CHAPITRE III

LA SAPOCRIDINE

Les Sapoïdes.

Leurs propriétés thérapeutiques générales.

Les savons proviennent de la combinaison des acides gras à des substances basiques lorsque les graisses se dédoublent en acides gras et glycérine au contact des solutions alcalines. Leurs propriétés physiques et chimiques, variables d'ailleurs, tiennent à leur richesse en radicaux carbonés et semblent fonction de la taille de leurs molécules et de leur condition même, sorte d'intermédiaires entre les liquides et d'autres composés carbonnés. Une propriété générale des savons est la faiblesse de leur tension superficielle, leur pouvoir d'adhésion et de liaison considérable pour se souder aux micelles de substance colloïdale, aussi bien qu'aux molécules de certains cristalloïdes. Il s'agit là vraisemblablement d'un phénomène d'ordre physique qui n'entraîne aucune modification de la structure chimique du corps lié au savon.

Cette théorie basée sur les travaux de Loewe, de Langwir, est unanimement acceptée par les biologistes comme Vincent, Noguchi, Larsan, Seydallis et Velluz. Les expériences de notre maître Maurice Renaud faites avec les cultures microbiennes de toxines et de venins confirment la valeur pratique de ce complexe chimique dont l'action est douce, lente et progressive.

Aussi l'introduction de ces médicaments préconisée tout récemment par notre maître Maurice Renaud, qui a donné à ces complexes savonneux métalliques et organiques le nom de « sapoïdes », a-t-elle permis de réaliser un progrès considérable dans nos méthodes de thérapies chimiques.

Les sapoïdes des métaux lourds et de certaines substances organiques jouissent d'un pouvoir antiseptique fort élevé qu'ils doivent à la fois au radical carboné de l'acide gras et à la molécule métallique ou organique qui forme le radical basique et sapoïde. Leur coefficient de toxicité est extrêmement faible car ils ne sont pas retenus par les éléments nobles et ne se fixent que très lentement par le mésenchyme. D'ailleurs la liaison des matières colorantes antiseptiques au savon en corrigeant les inconvénients tout en augmentant l'efficacité thérapeutique; parmi eux, le plus puissant est le complexe d'acridine.

LA SAPOCRIDINE

En partant de chloro-méthylate de diamino-acridine on obtient un composé qui se sépare dans les solutions concentrées et refroidies sous forme de gelée visqueuse de couleur jaune-brun. Peu soluble à froid, ce corps donne à chaud des solutions parfaitement transparentes à la lumière directe et opalescentes à la lumière réfléchie. Il est particulièrement aisé de mettre en évidence avec ce composé les qualités propres aux complexes savonneux.

On peut, en effet, reconnaître facilement que la matière colorante ne passe plus au travers des membranes, qu'elle fait quand on en dépose une goutte sur un papier buvard une tache très limitée et peu extensible et dont l'eau ne se sépare presque pas et qu'elle ne fixe que très faiblement sur les tissus. Mêlé au sérum sanguin il ne donne aucun précipité.

Ce sont là des caractères d'une précision indiscutable qui établissent que les solutions de ce complexe d'acridine ne sont nullement comparables aux solutions simples des composés de l'acridine jusque-là employés en thérapeutique.

Son action bactéricide *in vitro* est considérable et s'exerce sur les bactéries communes à des dilutions qui dépassent le millionième. Son pouvoir toxique chez les animaux est beaucoup moins grand que celui des typosflavines couramment employées. Le rat et le cobaye par exemple supportent sans dommage une

dose de complexe qui représente cinq ou six doses mortelles de flavine.

On se rend compte d'ailleurs en sacrifiant les animaux après l'injection que les tissus ne sont dans leur ensemble nullement colorés, alors qu'ils le sont très fortement après l'injection d'une dose équivalente de flavine.

L'injection chez l'homme, de quantités relativement importantes ne détermine aucun trouble apparent, aucun incident qui traduise l'intolérance ou l'intoxication, cependant les résultats thérapeutiques obtenus prouvent que ce complexe d'acridine possède un pouvoir d'antiseptie profonde particulièrement marqué.

Deux préparations furent successivement étudiées. D'abord le sapoïde simple d'acridine que notre maître Maurice Renaud utilisa lors de ses premiers travaux. Puis à partir de l'année 1932 un nouveau composé lui fut substitué dont l'efficacité s'est montrée expérimentalement et thérapeutiquement beaucoup plus grande et qui offre en outre le mérite d'être fort bien toléré en injections intra-musculaires. C'est un composé provenant de l'introduction dans la molécule d'un noyau de platine et qui est le *sapoïde oléique de chloroplatinate de méthylacridine* dont les qualités physiques sont toutes différentes.

Les solutions d'un reflet jaune sombre tirant sur le brun, de faible toxicité, sont très bien supportées et d'un maniement des plus commodes.

L'efficacité de ces préparations est indubitable.

L'objet de cette thèse est justement de tenter de déterminer dans quelles mesures les propriétés des complexes savonneux d'acridine peuvent modifier l'évolution de la blennorragie chez l'homme.

CHAPITRE IV

LA SAPOCRIDINE DANS LE TRAITEMENT DE LA PHASE AIGUE DE LA BLENNORRAGIE

Pour bien apprécier les modifications apportées au cours de la blennorragie par les injections de sapocridine, il convient de mettre nos observations en regard des cas où la maladie est abandonnée à son évolution spontanée. Rappelons donc d'abord les caractères normaux, si l'on peut dire, de la maladie, quelle en est la physionomie clinique et l'évolution.

I. — Evolution spontanée de la blennorragie.

Ainsi que nous l'avons dit au début de notre étude, la blennorragie est le type des affections microbiennes à détermination locale.

Après une période d'incubation de 2 à 8 jours le début est marqué par une légère cuisson de l'urètre qui accompagne un écoulement muqueux du méat. La symptomatologie s'enrichit par la suite et la phase aiguë est caractérisée par un écoulement purulent

jaune verdâtre, riche en gonocoque, par des douleurs à la miction ou à l'érection souvent extrêmement vives, accompagnées parfois d'un léger gonflement du méat ou de tuméfaction du prépuce. Dans l'urine trouble flottent en abondance des flocons purulents. Cette phase aiguë dure environ 3 semaines.

Livrée à elle-même la blennorragie évolue rarement vers la guérison spontanée. A la phase aiguë fait suite une phase subaiguë dont la fréquence est difficile à évaluer. L'écoulement devient moins abondant, blanchâtre, muqueux, filant, non douloureux. Le plus souvent l'évolution se fait vers la chronicité : l'écoulement persiste légèrement purulent et douloureux et se complique parfois d'affections génito-urinaires d'importance et de gravité variables.

Ce court aperçu clinique a pour nous la valeur d'un schéma qui fixe de manière convenable le type le plus habituel de la blennorragie. Il reste évident que celle-ci peut prendre des formes différentes, qu'il s'agisse de forme véritablement suraiguë avec douleurs spontanées, violentes, pulsatiles et lancinantes, écoulement abondant, verdâtre, parfois même teinté de sang, légère altération de l'état général ou au contraire de formes atténuées où les troubles sensitifs et fonctionnels font défaut, l'affection se caractérisant seulement par un léger écoulement jaunâtre en apparence peu inquiétant.

II. — La phase aiguë de la blennorragie chez les sujets traités par la sapocridine.

Mais c'est au type clinique moyen que nous comparerons nos observations pour juger d'après ses modifications l'importance et la rapidité de l'action thérapeutique de la sapocridine.

1. *Les Malades.*

Les observations que nous apportons dans ce travail ont été recueillies durant les années 1931-1932 à la consultation du soir de notre maître Maurice Renaud à l'hôpital Bichat.

Certes il s'agit là d'une catégorie bien particulière de malades, véritable clientèle ambulante difficile à surveiller. Aucun d'entre eux n'a été hospitalisé, aucun n'a interrompu ses occupations. Parmi les 260 malades, atteints de blennorragie à des différentes périodes, et ayant reçu des injections de sapocridine, nous ne retiendrons que ceux, au nombre de 43, dont l'affection a été suivie de façon régulière et ressortit à deux types cliniques distincts :

Blennorragie aiguë examinée dès le début des accidents.

Poussées aiguës au cours d'une blennorragie ancienne.

2. *La conduite du traitement.*

La conduite de notre traitement est des plus simples :

Nous nous sommes servi de la sapocridine indifféremment en injections intraveineuses ou intramusculaires ; l'avantage de cette préparation étant de se montrer efficace quelle que soit la voie utilisée.

Les injections intraveineuses ont été pratiquées selon la technique classique aux veines du pli du coude. Les injections intramusculaires ont été faites au lieu d'élection : région supéro-externe de la face en haut et en dehors d'une ligne réunissant les épines iliaques postéro-supérieures au sommet du trochanter. L'injection est faite en 2 temps, un premier où on enfonce l'aiguille, un second où l'on injecte lentement le produit.

La dose courante est de 5 cmc. de la préparation connue sous le nom de *Sapocridine* à raison de deux injections par semaine.

Dans la majorité des cas, le nombre total des injections n'a pas dépassé six ; le traitement, par conséquent, s'est rarement prolongé au delà de trois semaines.

En raison de l'innocuité du produit et du petit nombre d'injections les incidents de cette médication sont pratiquement inexistantes. Nous n'avons jamais observé de chocs véritables, ni des manifestations de toxicité ou d'intolérance.

Bien plus, certains de nos malades qui n'avaient pu supporter auparavant des injections de jaune d'acridine n'ont présenté aucun trouble au cours de leur traitement.

Nous n'avons jamais associé à ces injections un traitement local quel qu'il soit (lavage en particulier), non que nous contestons son utilité mais à seule fin d'apprécier d'une façon indiscutable l'efficacité de la sapocridine.

3. LES RÉSULTATS

Sur les 43 malades que nous avons suivis, 31 sont des blennorragiques aigus, les 12 autres sont venus consulter pour des manifestations aiguës au cours d'une blennorragie d'ancienneté variable. Il convient de grouper les résultats en deux catégories bien distinctes :

Les blennorragies aiguës.

Les poussées aiguës au cours de blennorragie chronique.

a) Les Blennorragies aiguës.

Sous l'influence du traitement, on constate en général, très rapidement, en quelques jours, parfois en 24 heures, une modification très apparente et graduelle des symptômes. L'écoulement change de couleur, de vert il devient séropurulent, jaune opalin, muqueux, se fluidifie et son importance diminue.

Corrélativement les douleurs à la miction s'atténuent et disparaissent. La phase aiguë de la blennorragie est ainsi rapidement terminée, elle dépasse rarement huit à dix jours.

***Guérison rapide et complète* (27 cas sur 31).**

Parmi les 31 cas que nous avons étudiés, 27 ressortissent à cette heureuse *catégorie de guérison rapide et complète*. Voici à titre d'exemple trois de nos observations :

Le malade qui fait le sujet de notre observation XXV, consulte le 21 décembre 1932 pour un écoulement purulent, abondant, gonococcique avec miction extrêmement douloureuse datant de 8 jours. Il existe en outre une légère balanite. (Huit jours après (28 décembre), le malade qui a reçu deux injections de 5 cmc. de sapocridine par voie intraveineuse est complètement guéri, l'écoulement est tari, le méat sec, les urines sont parfaitement limpides.

Même résultat chez le malade examiné le 3 octobre 1932 (observation XXII), qui présente depuis 8 jours un écoulement purulent accompagné de brûlures intenses à la miction et un œdème du gland. Le 10 novembre après deux injections de 5 cmc. de sapocridine, non seulement les phénomènes aigus ont disparu, mais l'écoulement est complètement tari, la blennorragie est guérie. Toutefois les résultats ne sont pas toujours aussi immédiats et absolus ; à côté de ces cas de guérison rapide il faut placer

ceux où la phase aiguë s'est prolongée; dans l'observation XXXIII le malade fut examiné le lendemain de l'apparition d'un écoulement, purulent verdâtre, peu douloureux, amicrobien. La phase aiguë n'a pris fin qu'après plus de 15 jours; à ce moment (7 novembre) un écoulement persiste léger, séro-purulent et non douloureux; cependant après 6 injections, dans le courant de décembre la guérison complète fut obtenue.

De ces quelques observations choisies entre beaucoup d'autres, on peut conclure que le traitement précoce par injections de sapocridine est susceptible de juguler parfois, de raccourcir toujours, la phase aiguë de blennorragie et favorise ainsi une guérison rapide.

Rareté des complications.

Est-il besoin d'insister sur l'importance de l'atténuation rapide de la phase aiguë de la blennorragie? Elle met à l'abri des multiples complications dont on sait la gravité.

Mis à part un œdème du prépuce, une balanite chez l'homme, une vulvite, une lymphangite légère chez la femme, nous n'avons relevé dans nos premières observations que deux cas de complication sérieuse.

Le malade de l'observation n° 17 a présenté des manifestations articulaires et une orchio-épididymite qui ont d'ailleurs parfaitement guéri (le traitement étant continué). Le résultat fut également des plus heureux dans l'observation n° 26 où le malade a

guéri parfaitement d'une atteinte légère d'épididymite.

Nous ne saurions trop insister sur cette rareté des complications de la blennorragie. Chez nos malades traités cette rareté fait un expressif contraste avec la fréquence des accidents divers qui tôt ou tard atteignent les malades quand ils sont dans les conditions où se trouvent les nôtres. Même quand la guérison n'est pas aussi complète et aussi rapide qu'il serait désirable, un objectif important est atteint si la phase aiguë est raccourcie car le malade est mis à l'abri des complications.

Amélioration. Chronicité (4 cas sur 31).

Dans une deuxième catégorie de faits se rangent les cas où malgré un traitement précoce la disparition de l'écoulement n'a pu être obtenu et l'évolution s'est faite vers la chronicité.

Ici la phase aiguë semble rapidement améliorée, l'écoulement peu abondant persiste, légèrement jaunâtre, fluide, non douloureux à la miction, mais les semaines passent, et l'urétrite ne guérit pas. Le malade plusieurs semaines après la dernière injection se plaint encore des troubles purement urétraux : goutte matinale, suintement diurne avec méat légèrement collé, parfois écoulement séro-purulent associé à quelques troubles génitaux (pertes séminales à la défactation, éjaculations douloureuses).

Ces cas où l'amélioration de la phase aiguë n'a pas

empêché l'évolution vers la chronicité sont heureusement peu nombreux, nous n'en trouvons que quatre.

Voici à titre d'exemple l'observation succincte d'un d'entre eux.

Le malade de l'observation n° 4 consulte le 29 août 1932 pour un écoulement purulent extrêmement douloureux gonococcique qui date de trois jours ; après trois injections de sapocridine, en dehors de la diminution de l'importance de l'écoulement, on ne constate aucune amélioration, bien plus la verge est le siège d'un volumineux œdème inflammatoire. Onze jours après le début du traitement il ne persiste plus qu'un suintement séreux et abondant. Les phénomènes douloureux sont franchement atténués.

Dans les jours qui suivent il ne se produit plus aucune amélioration. L'écoulement persiste et en novembre, on verra le malade venir encore se plaindre de la présence d'un écoulement important. L'affection a pris le mode chronique habituel.

b) Les poussées aiguës au cours de la blennorragie chronique.

La plupart des malades (au nombre de 12) qui rentrent dans cette catégorie sont tous des « récidivistes ».

Ils se présentaient à nous à l'occasion de poussée compliquant l'évolution d'une blennorragie chronique : écoulement abondant, franchement purulent,

verdâtre, douloureux à la miction, compliqué parfois d'un léger œdème du méat. Cette poussée, favorisée souvent par une faute hygiénique ou thérapeutique, s'est greffée brusquement sur un écoulement minime jaunâtre ou muqueux datant parfois de longs mois. Elle ne se manifeste parfois que par un peu de chaleur, de pesanteur, du chatouillement dans le canal au cours des mictions.

Dans ces observations on constate que les phénomènes aigus sont généralement influencés, comme ils le sont dans la blennorragie primitive aiguë, mais l'affection n'a jamais guéri. L'épisode aigu jugulé, souvent de façon rapide, la blennorragie garde la physionomie de maladie chronique irréductible. Ainsi le malade âgé de 34 ans (observation 6) qui vient nous consulter le 12 août 1932, était atteint depuis sept mois et demi d'une blennorragie chronique traitée de façon permanente par les grands lavages au permanganate : une poussée aiguë vient de paraître depuis deux jours : écoulement purulent très abondant et gonococcique avec miction impérieuse et douloureuse. Après quatre injections de sapocridine, la poussée aiguë semble terminée ; l'écoulement peu important est absolument indolore. Revu quelques semaines plus tard (19 septembre) le malade présente toujours l'écoulement léger qui l'importune depuis sept mois.

CHAPITRE V

RÉSUMÉ D'ENSEMBLE

Si au terme de cette étude nous cherchons à apprécier dans leur ensemble les résultats que nous sommes en droit de rapporter aux injections de sapocridine, il nous semble que nous pouvons les considérer comme favorables, importants et encourageants.

Il n'est pas douteux, en effet, que la blennorragie soit une affection toujours grave et si tenace, qu'elle devient presque toujours une maladie chronique, de durée presque indéfinie. Le pronostic, bénin si l'on considère la lésion locale, reste sévère en raison de ses complications et de ses séquelles. Encore doit-on tenir compte de l'importance des conséquences sociales immédiates et tardives et qui sont, comme chacun sait, considérables.

Or, chez les malades dont nous rapportons les observations, nous ne voyons rien de semblable.

Chez eux, la phase aiguë la plus pénible, la plus dangereuse aussi, s'est trouvée, sinon toujours jugulée, du moins toujours raccourcie et rendue si l'on peut dire bénigne. L'atténuation rapide de cette phase aiguë fut suivie, dans la majorité des cas, d'une gué-

riaison complète et sans séquelles. Les malades n'ont présenté que de façon très exceptionnelle des complications banales.

En outre les phénomènes aigus au cours des blennorragies chroniques furent eux aussi influencés de façon nette et rapide, sans que l'évolution de l'affection soit modifiée.

Si l'on compare les résultats obtenus au cours des années (1931-1932) dans une même consultation, grâce à l'emploi du complexe platino-acridine, à ceux de la période antérieure à 1930 durant laquelle seules les méthodes habituelles étaient utilisées, il faut reconnaître avec M. Maurice Renaud : « Que l'aspect de la consultation du soir de Bichat a entièrement changé depuis que l'on traite par les injections de sapocridine les malades atteints de blennorragie ».

C'est dire l'intérêt puissant de cette nouvelle thérapeutique de la phase aiguë de la blennorragie et des poussées aiguës au cours de blennorragies chroniques.

Le traitement qui nous préconisons est facile car nous utilisons indifféremment la voie intraveineuse ou intramusculaire. Dénué de toute toxicité, il n'offre aucun risque, il est admirablement supporté.

Les malades que nous avons traité n'ont-ils pas continué de travailler, sans le moindre inconvénient ? C'est souligner suffisamment, nous semble-t-il, l'intérêt médical de cette thérapeutique.

Certes il est aisé de constater que tous les phénomènes aigus de la blennorragie ont été modifiés car la sapocridine a souvent une influence manifeste et

presque élective pour des raisons qu'il ne nous appartient pas de développer dans ce travail. Ces résultats sont en tous points comparables à ceux obtenus dans les lésions inflammatoires les plus diverses, qu'il s'agisse de la peau, des muqueuses et des séreuses et l'action de la sapocridine sur l'évolution des pneumopathies aiguës dont elle raccourcit la durée et évite les complications, est semblable, toutes choses égales d'ailleurs, à celle que nous avons observée dans la blennorragie.

Etant donné sa simplicité, son innocuité, son action indéniable sur la phase aiguë de la blennorragie, sa facilité d'application dans un dispensaire spécial, cette thérapie chimique présente un intérêt social considérable, d'autant plus efficace qu'elle est utilisée de façon plus précoce. Cette médication utilisée seule ou associée à d'autres moyens thérapeutiques adjuvants tels que lavages, vaccins, doit être préconisée dans tous les cas.

Il serait d'ailleurs souhaitable que la thérapie chimique fut toujours associée à un traitement médical sérieux, une hygiène bien conduite (repos au lit en particulier), une diététique judicieuse. L'ensemble de ces moyens thérapeutiques nous paraît propre à obtenir les résultats les meilleurs dans la lutte contre ce fléau social qu'est la blennorragie.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

A. — **Blennorragies aiguës ayant évolué vers la guérison.**

OBSERVATION N° 1.

Malade âgé de 26 ans consulte le 2 mai 1930 pour une blennorragie datant de 24 heures avec écoulement purulent abondant verdâtre, brûlures à la miction ; pas de ganglions inguinaux, l'examen bactériologique révèle la présence de gonocoques.

5 mai 1930. — Dès la première injection de sapocridine on constate que l'écoulement est devenu moins abondant mais reste encore douloureux.

12 mai. — Ecoulement infime, mais encore douloureux.

16 mai. — Ecoulement complètement tari, miction absolument indolore, guérison complète.

23 février 1931. — Revient consulter pour une seconde atteinte blennorragique datant de deux jours : phase aiguë typique.

28 février 1931. — Après deux injections de sapocridine, résolution des phénomènes aigus, arrêt de l'écoulement, guérison complète.

CONCLUSIONS. — *Guérison complète en 15 jours de la première blennorragie et en une semaine de la deuxième.*

OBSERVATION N° 2.

Malade âgé de 47 ans vient consulter le 12 mai 1930 pour une blennorragie datant de deux mois (soignée depuis 3 semaines par grands lavages au Mno'K et vaccin), écoulement très abondant, purulent avec brûlure à la miction, œdème du méat, présence de gonocoques.

23 mai 1930. — Dès la première injection de sapocridine, amélioration considérable de l'écoulement, moins abondant, séropurulent, miction non douloureuse, l'œdème du gland a complètement disparu.

20 juin. — L'infection est en bonne voie de guérison, il persiste seulement un léger écoulement séreux.

30 juin. — Présence d'une goutte crémeuse le matin avant la première miction.

18 juillet. — Canal sec, guérison complète.

CONCLUSIONS. — *Blennorragie ancienne traitée pendant deux mois sans résultats (lavages et vaccins) guérison complète en deux mois par injection de sapocridine.*

OBSERVATION N° 3.

Malade âgé de 16 ans, consulte le 30 mai 1932 pour un écoulement assez abondant, verdâtre, datant de 15 jours, accompagné d'adénopathie inguinale gauche, présence de gonocoques.

2 juin 1930. — Dès la première injection de sapocridine, l'écoulement diminue d'une façon fort appréciable, est séropurulent.

10 juin. — Ecoulement presque complètement tari.

13 juin. — Guérison complète.

CONCLUSIONS. — *Disparition des phénomènes aigus dès la première injection de sapocridine, guérison complète en moins de 15 jours.*

OBSERVATION N° 4.

Malade âgé de 20 ans, consulte le 20 juin 1930 pour un écoulement purulent avec brûlures à la miction datant de 2 jours, s'accompagnant d'une balanite érosive avec petits ganglions inguinaux bilatéraux, présence de gonocoques.

23 juin. — Dès la première injection de sapocridine, suppression des phénomènes aigus, écoulement moins abondant, séropurulent, peu douloureux, la balanite est guérie.

7 juillet. — Le malade est entièrement guéri.

CONCLUSIONS. — *Guérison complète d'une blennorragie aiguë avec balanite en 17 jours, suppression des phénomènes aigus dès la première injection.*

OBSERVATION N° 5.

Malade âgé de 29 ans, vient consulter le 20 juin 1930 pour une blennorragie datant d'un mois, écoulement purulent, abondant, compliqué d'une tuméfaction douloureuse de l'épididyme gauche.

20 juin 1930. — Dès la première injection amélioration considérable de l'écoulement, sédation des phénomènes douloureux épididymaires.

30 juin 1930. — L'écoulement est complètement guéri, l'épididyme est absolument indolore.

CONCLUSIONS. — *Guérison complète d'une blennorragie aiguë avec épididymite en moins de 2 semaines.*

OBSERVATION N° 6.

Malade âgé de 21 ans, vient consulter le 4 juillet 1930 pour un écoulement abondant datant de 8 jours, douloureux, purulent, avec présence de nombreux gonocoques.

7 juillet 1930. — Dès la première injection de sapocridine, la phase aiguë est jugulée, écoulement peu douloureux, nettement diminué d'importance, séro-purulent.

15 juillet. — Persistance d'un léger écoulement séreux, non douloureux, ne contenant plus de gonocoques.

21 juillet. — Excellent état local, suintement infime et clair du canal.

27 juillet. — Après 5 injections de sapocridine, la guérison est presque complète. Il persiste néanmoins le matin avant la première miction une petite goutte séreuse sans gonocoques.

28 juillet. — Canal sec, guérison complète.

CONCLUSIONS. — *Blennorragie aiguë guérie en 3 semaines.*

OBSERVATION N° 7.

Malade âgé de 20 ans, consulte le 15 décembre 1930 pour un écoulement abondant, purulent, datant de 4 à 5 jours, avec miction douloureuse, examen bactériologique ; présence de gonocoques.

19 décembre 1930. — Dès la première injection de sapocridine, diminution de l'écoulement, mais la miction reste douloureuse.

26 décembre. — La phase aiguë est terminée ; miction absolument indolore, écoulement infime et séreux.

9 janvier. — Présence d'un petit suintement blanchâtre amicrobien le matin avant la première émission d'urines.

16 janvier. — Guérison complète depuis 5 jours.

CONCLUSIONS. — *Guérison complète en un mois d'une blennorragie aiguë traitée au début de la phase aiguë.*

OBSERVATION N° 8.

Malade âgé de 31 ans, vient consulter le 23 janvier 1931 pour un écoulement purulent verdâtre, assez abondant, avec miction douloureuse, persistant depuis 10 jours, l'examen bactériologique ; présence de diplocoque de Neisser.

26 janvier. — Dès la première injection de sapocridine : la miction devient indolore et l'écoulement diminue d'importance.

6 février. — Après 4 injections de sapocridine le malade est complètement guéri.

CONCLUSIONS. — *Blennorragie aiguë guérie en 12 jours.*

OBSERVATION N° 9.

Malade âgé de 17 ans, consulte le 10 avril 1931 pour un écoulement purulent très abondant, douloureux, gonococcique, datant de 24 heures.

31 avril. — La phase aiguë est terminée ; écoulement minime séreux, miction absolument indolore.

12 mai. — Après 6 injections de sapocridine, persistance d'un petit écoulement amicrobien le matin au réveil.

15 mai. — Canal sec, guérison complète.

CONCLUSIONS. — *Blennorragie traitée dès le début, phase aiguë jugulée en 20 jours, guérison complète en 35 jours après 6 injections de sapocridine.*

OBSERVATION N° 10.

Malade âgé de 25 ans a contracté en 1926 une blennorragie traitée par lavages et vaccins, consulte le 10 avril 1931, pour une seconde atteinte, datant de 24 heures, écoulement abondant, verdâtre avec miction douloureuse.

24 avril. — Après 4 injections de sapocridine, l'écoulement est presque complètement tari et amicrobien.

4 mai. — Canal sec, guérison complète.

CONCLUSIONS. — *Blennorragie aiguë guérie en 24 jours (6 injections de sapocridine).*

OBSERVATION N° 11.

Malade âgé de 35 ans vient consulter le 4 mai 1931 pour un écoulement purulent, très abondant, verdâtre, avec brûlures à la miction, datant de 4 jours, présence de gonocoques.

29 mai. — Après 5 injections de sapocridine, état local des plus satisfaisant : écoulement peu abondant, séreux, amicrobien et non douloureux.

8 juin. — L'écoulement est complètement tari.

CONCLUSIONS. — *Blennorragie aiguë traitée dès l'apparition des phénomènes aigus et guérie en 34 jours (5 injections de sapocridine).*

OBSERVATION N° 12.

Malade âgé de 19 ans, consulte le 24 juillet 1931 pour une rechute d'une ancienne blennorragie, écoulement abondant, verdâtre, douloureux, présence de gonocoques.

7 août. — Après 4 injections de sapocridine, la poussée aiguë est complètement jugulée, miction indolore, écoulement peu abondant, encore épais, séro-purulent, mais amicrobien.

18 août. — Le méat est sec, la guérison est complète.

CONCLUSIONS. — *Rechute de blennorragie guérie en 3 semaines.*

OBSERVATION N° 13.

Malade âgé de 24 ans, consulte le 7 décembre 1931 pour un écoulement abondant, purulent, verdâtre, douloureux à la miction, datant de 3 jours, présence de nombreux gonocoques.

14 décembre. — Malgré 2 injections de sapocridine, l'état reste stationnaire, l'écoulement est douloureux purulent.

15 janvier 1932. — L'écoulement est complètement tari.

CONCLUSIONS. — *Blennorragie aiguë guérie complètement en 37 jours (6 injections de sapocridine).*

OBSERVATION N° 14.

Malade âgé de 42 ans, vient consulter le 24 janvier 1932 pour un écoulement purulent verdâtre, datant de 15 jours, miction peu douloureuse, présence de nombreux gonocoques.

8 février. — Après 4 injections de sapocridine, la phase aiguë est jugulée, un léger écoulement crémeux et amicrobien persiste.

22 février. — Guérison presque complète, il persiste néanmoins le matin au réveil un petit suintement séreux amicrobien.

7 mars. — Guérison complète.

CONCLUSIONS. — *Blennorragie dont la phase aiguë est jugulée en 15 jours, guérie complètement après 41 jours de traitement.*

OBSERVATION N° 15.

Malade âgé de 27, ans vient consulter le 8 février 1932 pour une blennorragie aiguë datant d'un mois, caractérisée par un écoulement abondant, verdâtre, douloureux à la miction, présence de nombreux gonocoques.

19 février. — Dès la deuxième injection de sapocridine ; amélioration nette des phénomènes aigus, écoulement moins abondant, séro-purulent et gonococcique.

26 février. — Après la 5^e injection, l'écoulement est complètement tari.

CONCLUSIONS. — *Blennorragie aiguë traitée sans succès durant un mois par les grands lavages et guérie complètement en 18 jours par 5 injections de sapocridine.*

OBSERVATION N° 16.

Malade âgé de 24 ans, vient consulter le 4 mars 1932 pour une blennorragie datant de 2 jours, écoulement abondant, verdâtre, douloureux à la miction, présence de nombreux gonocoques.

21 mars. — Après 3 injections, disparition des phénomènes aigus, écoulement indolo-séro-purulent-microbien.

29 mars. — Persistance d'un suintement crémeux le matin au réveil.

4 avril. — L'écoulement est complètement tari.

CONCLUSION. — *Blennorragie aiguë traitée précocement et guérie en un mois.*

OBSERVATION N° 17.

M. P. âgé de 29 ans, consulte le 25 juillet 1932 pour une blennorragie aiguë datant de 5 jours, d'acuité moyenne, écoulement purulent abondant, miction douloureuse.

8 août 1932. — Après 4 injections de sapocridine, l'écoulement est presque complètement tari, il persiste un léger suintement séreux permanent.

2 septembre. — Le malade est revu atteint d'une arthrite importante de la hanche droite survenue brusquement le 10 août et traitée en ville par une série de gonacrine. Il présente en outre depuis 6 jours un écoulement blanchâtre non douloureux.

16 septembre. — Sous l'influence de la sapocridine, amélioration nette de l'état infectieux : l'écoulement persiste mais infime et séreux.

30 septembre. — Persistance d'un écoulement minime, mais atteinte épидидymaire gauche (épидидyme tuméfié et douloureux), suivi régulièrement le malade est presque complètement guéri de ses diverses localisations blennorragiques, l'écoulement est tari, la hanche n'est plus douloureuse, l'épididyme est toutefois légèrement induré et sensible.

11 novembre 1932. — La guérison est complète, mais un petit noyau induré reste le témoignage de l'atteinte épидидymaire.

CONCLUSIONS. — *Blennorragie avec rechute compliquée d'arthrite et d'épididymite guérie sans séquelle (traitement prolongé pendant 3 mois).*

OBSERVATION N° 18.

M. C. âgé de 25 ans, consulte le 1^{er} août 1932 pour une blennorragie aiguë datant de 8 jours, écoulement purulent verdâtre, avec douleurs à la miction, présence de gonocoques.

A. Rachty

8 août 1932. — Une amélioration des plus nettes dès la 2^e injection de sapocridine : l'écoulement est moins abondant, plus fluide, non douloureux, amicrobien.

26 août. — Persistance d'un écoulement crémeux, on cesse les injections de sapocridine.

12 septembre. — Canal sec, guérison complète.

19 septembre. — Rechute blennorragique : écoulement abondant, purulent et très douloureux. On reprend les injections de sapocridine qui jugulent l'évolution de la rechute en 20 jours.

CONCLUSIONS. — *Blennorragie à rechute guérie complètement.*

OBSERVATION N° 19.

M. B. âgé de 18 ans, consulte le 2 septembre 1932 pour un écoulement purulent légèrement strié de sang avec inflammation œdémateuse de la verge, datant de 10 jours.

2 septembre. — Les manifestations aiguës sont atténuées après 2 injections de sapocridine ; l'écoulement est encore abondant, mais séro-purulent, l'œdème préputial est complètement résorbé.

19 septembre. — L'écoulement persiste peu abondant et séreux. Le malade n'a pas été revu.

CONCLUSIONS. — *Atténuation des phénomènes aigus dès la 2^e injection de sapocridine ; guérison presque complète en 17 jours (le malade n'a pas été suivi plus longtemps).*

OBSERVATION N° 20.

M. T. âgé de 35 ans, vient consulter le 9 septembre 1932 pour une blennorragie aiguë datant de quelques jours, écoulement purulent assez abondant et douloureux.

2 octobre — Après 5 injections de sapocridine, amélioration nette, écoulement peu abondant séro-purulent.

20 octobre. — Léger suintement séreux encore douloureux, mais amicrobien.

28 novembre. — L'écoulement séreux qui a persisté durant quatre semaines complètes est complètement tari.

CONCLUSIONS. — *Blennorragie aiguë guérie en un mois (6 injections de sapocridine).*

OBSERVATION N° 21.

Malade âgé de 23 ans, vient consulter le 30 septembre 1932 pour un écoulement purulent verdâtre avec brûlures à la miction, datant de 8 jours, présence de gonocoques.

10 octobre. — Après 3 injections de sapocridine, disparition de tous les phénomènes aigus, le méat est sec.

CONCLUSIONS. — *Blennorragie traitée au début de la phase aiguë et guérie complètement en 10 jours (3 injections de sapocridine).*

OBSERVATION N° 22.

Malade âgé de 25 ans, consulte le 3 octobre 1932 pour un écoulement purulent avec brûlures intenses à la miction, léger œdème du gland datant de 8 jours.

10 novembre. — Après 2 injections de sapocridine, disparition de tous les phénomènes aigus : écoulement et œdème.

CONCLUSIONS. — *Blennorragie aiguë guérie totalement en 7 jours.*

OBSERVATION N° 23.

Malade âgé de 44 ans, bacillaire, vient consulter le 16 octobre 1932 pour un écoulement purulent datant de 3 jours, douleurs à la miction.

28 octobre. — Après 2 injections de sapocridine, l'écoulement est complètement tari.

CONCLUSIONS. — *Blennorragie aiguë, guérie complètement en 12 jours (2 injections de sapocridine).*

OBSERVATION N° 24.

Malade âgé de 24 ans, vient consulter le 24 octobre 1932 pour un écoulement aigu purulent, verdâtre, peu douloureux, datant de 24 heures, présence de gonocoques.

31 octobre. — Malgré 2 injections de sapocridine, les phénomènes aigus persistent, l'écoulement reste abondant, purulent et gonococcique.

7 novembre. — Nette amélioration après 4 injections de sapocridine : l'écoulement persiste séro-purulent et non douloureux.

21 novembre. — La phase aiguë est terminée, mais un suintement crémeux minime amicrobien humecte encore le méat.

5 décembre. — Le malade est revu guéri depuis 3 semaines.

CONCLUSIONS. — *Blennorragie aiguë légèrement trainante guérie complètement en deux mois.*

OBSERVATION N° 25.

Malade âgé de 18 ans, vient consulter le 21 novembre 1932 pour un écoulement purulent et douloureux datant de 8 jours associé à une légère balanite, présence de gonocoques.

28 novembre. — Après 2 injections de sapocridine, la guérison est complète.

CONCLUSIONS. — *Blennorragie aiguë traitée dès le début et guérie complètement en une semaine (2 injections de sapocridine).*

OBSERVATION N° 26.

Malade âgé de 34 ans, consulte le 21 novembre 1932 pour une blennorragie datant de 3 semaines, compliquée depuis 2 jours d'épididymite.

28 novembre. — Le malade, qui n'a pu interrompre son travail, est nettement amélioré, après 2 injections de sapocridine ; diminution de l'écoulement, atténuation très importante des phénomènes inflammatoires épididymaires.

16 décembre. — Après 6 injections de sapocridine, il persiste un suintement séreux et un petit noyau ferme et indolent au niveau de la tête de l'épididyme.

26 décembre. — Le suintement est tari, la séquelle épididymaire n'est pas modifiée.

CONCLUSIONS. — *Blennorragie aiguë compliquée d'épididymite guérie sans séquelle importante en 35 jours (6 injections de sapocridine).*

OBSERVATION N° 27.

Malade âgé de 26 ans, consulte le 2 décembre 1932 pour un écoulement purulent, douloureux à la miction, datant de 15 jours.

15 décembre. — Dès la première injection, atténuation nette de la phase aiguë, écoulement purulent, mais abondant et indolore.

9 janvier 1933. — Après 4 injections de sapocridine, méat sec, guérison complète.

CONCLUSIONS. — *Blennorragie aiguë guérie complètement, après 4 injections de sapocridine.*

**B. — Blennorragie aiguë ayant évolué
(malgré le traitement par la sapocridine)
vers la chronicité.**

OBSERVATION N° 1.

Malade âgé de 17 ans, vient consulter le 13 octobre 1930 pour un écoulement léger douloureux, datant de 24 heures accompagné d'adénopathie inguinale droite.

20 octobre. — Après deux injections de sapocridine, la phase aiguë est légèrement atténuée, l'écoulement persiste abondant, purulent, mais peu douloureux.

27 octobre. — Après 4 injections de sapocridine, l'état reste stationnaire.

10 novembre. — Après 6 injections de sapocridine, écoulement séro-purulent mais encore abondant.

1^{er} décembre. — Persistance d'un écoulement muco-purulent abondant.

22 décembre. — En dépit du traitement prolongé, un suintement muco purulent humecte le canal de façon permanente ; passage à la chronicité.

CONCLUSIONS. — *Écoulement blennorragique devenu chronique mais peu abondant, malgré un traitement prolongé (3 mois).*

OBSERVATION N° 2.

Malade âgé de 18 ans, vient consulter le 17 octobre 1930 pour un écoulement purulent, douloureux, datant de 24 heures.

24 octobre. — Dès la première injection, les phénomènes aigus semblent estompés, écoulement moins abondant, moins douloureux, mais encore purulent (à signaler une petite métrorragie).

7 novembre. — Après 3 injections de sapocridine, l'état reste sensiblement stationnaire, l'écoulement séro-purulent reste encore abondant.

9 janvier 1931. — Depuis deux mois l'écoulement persiste inégal dans son importance, mais toujours séro-purulent.

6 février. — Le malade est revu le 6 février : l'écoulement est complètement tari depuis 14 jours.

20 avril. — Rechute légère : écoulement séro-purulent, peu abondant et non douloureux.

1^{er} mai. — L'écoulement est de nouveau tari, après 3 injections de sapocridine.

11 mai. — Nouvelle rechute et depuis cette date persiste nettement un léger suintement tantôt séreux, tantôt séro-purulent, non douloureux (chronicité).

CONCLUSIONS. — *Blennorragie aiguë, ayant évolué, après deux rechutes successives, malgré un traitement précocement institué, vers la chronicité.*

OBSERVATION N° 3.

Malade âgé de 20 ans, consulte le 30 octobre 1930 pour blennorragie datant de trois semaines : écoulement abondant purulent, douloureux à la miction, présence de gonocoques.

27 octobre. — Après 2 injections de sapocridine, aucune amélioration des phénomènes aigus.

7 novembre. — Toutefois après 4 injections, diminution marquée de l'écoulement qui devient moins douloureux et séro-purulent.

8 décembre. — Depuis un mois persistance d'un suintement séreux et rebelle.

9 janvier. — L'état reste absolument stationnaire, suintement blanchâtre tantôt séreux, tantôt franchement purulent et intermittent, apparaissant principalement le matin au réveil avant la première miction.

17 avril. — Persistance du suintement séro-purulent devenu chronique.

CONCLUSIONS. — *Blennorragie aiguë ayant évolué vers la chronicité après plusieurs mois de traitement par la sapocridine.*

OBSERVATION N° 4.

M. R. D..., âgé de 25 ans, vient consulter le 29 août 1932 pour un écoulement purulent, légèrement strié de sang, douloureux à la miction et datant de 3 jours, présence de gonocoques.

5 septembre. — Après 2 injections de sapocridine, la miction est moins douloureuse, l'écoulement moins abondant, mais toujours purulent et la verge est le siège d'un gros œdème inflammatoire.

9 septembre. — Atténuation nette de la phase aiguë après 4 injections de sapocridine, l'œdème de la verge a complètement disparu, l'écoulement est peu abondant, séro-purulent, absolument indolore.

19 septembre. — La phase aiguë est terminée, mais le suintement séreux, amicrobien, abondant, persiste encore.

17 octobre. — Depuis un mois, l'état reste stationnaire : le canal est toujours humecté par un suintement séro-purulent, surtout net le matin avant la première miction.

Novembre. — Persistance d'un léger suintement devenu chronique.

CONCLUSIONS. — *Blennorragie aiguë traitée précocement par les injections de sapocridine ; le traitement a jugulé assez rapidement la phase aiguë sans toutefois empêcher l'évolution vers la chronicité.*

C. — **Poussées aiguës au cours de blennorragies chroniques.**

OBSERVATION N° 1.

Malade agé de 23 ans, vient consulter le 23 décembre 1930 pour une blennorragie subaiguë, datant de 3 mois avec écoulement abondant, purulent et brûlures à la miction.

5 janvier 1931. — Après 2 injections de sapocridine, une amélioration notable de l'état local.

Du 19 janvier au 23 mars le malade est suivi régulièrement. Après 2 nouvelles injections de sapocridine l'écoulement se tarit complètement.

Revu le 22 janvier 1932 pour une nouvelle poussée aiguë datant de 4 jours : écoulement purulent abondant, douloureux, gonococcique.

15 février 1932. — Après 3 injections, écoulement peu important, jaunâtre, mais encore douloureux à la miction.

26 février 1932. — Etat stationnaire.

CONCLUSIONS. — *Blennorragie subaiguë à évolution chronique*

avec deux poussées aiguës ayant été nettement influencées par les injections de sapocridine.

OBSERVATION N° 2.

Malade âgé de 28 ans consulte le 30 janvier 1931 pour une blennorragie datant de 5 ans, soignée par lavages au permanganate et vaccins. Poussée aiguë survenue depuis 3 jours : écoulement abondant et blanchâtre après 5 injections de sapocridine phase aiguë complètement jugulée, mais persistance d'une petite goutte crémeuse.

28 août. — Revu le 28 août : tarit depuis trois mois l'écoulement réapparaît peu abondant, blanchâtre et non douloureux.

19 octobre. — Malgré les injections de sapocridine, il persiste encore un écoulement crémeux chronique.

CONCLUSIONS. — *Blennorragie chronique, dont une poussée aiguë a été rapidement guérie par les injections de sapocridine, injections restées sans effet sur l'affection chronique.*

OBSERVATION N° 3.

Malade âgé de 38 ans consulte le 14 août 1931 pour une blennorragie datant de trois mois, compliquée d'orchi-épididymite et soignée par des grands lavages au permanganate ; écoulement purulent important, douloureux à la miction avec œdème inflammatoire du prépuce.

21 août. — Après la 3^e injection, la phase aiguë s'est estompée ; le malade ne souffre plus, l'écoulement persiste, mais moins abondant et séro-purulent.

28 août. — Persiste encore après la 4^e injection un léger écoulement crémeux, on cesse le traitement.

Revu le 5 septembre 1931 : l'écoulement crémeux persiste le matin avant la première miction, 2 nouvelles injections de sapocridine sont faites.

18 décembre. — Le malade revient porteur d'une petite goutte blanchâtre, muqueux, filant, manifestement chronique.

CONCLUSIONS. — *Blennorragie ancienne avec poussée aiguë, guérison rapide de la phase aiguë, aucune action nette sur l'inflammation chronique.*

OBSERVATION N° 4.

Malade âgé de 27 ans, vient consulter le 7 septembre 1931 pour une blennorragie datant de six mois, écoulement purulent d'abondance moyenne, peu douloureux à la miction.

2 octobre. — Après deux injections de sapocridine, l'état reste stationnaire.

14 décembre. — Aucune amélioration ne survient après cinq injections de sapocridine, persistance d'un écoulement séropurulent.

CONCLUSIONS. — *Blennorragie chronique non influencée par les injections de sapocridine.*

OBSERVATION N° 5

Malade âgé de 21 ans, consulte le 21 décembre 1931 pour une blennorragie datant d'un mois et traitée en ville par le MnO_4K et la gonacrine : écoulement séropurulent abondant avec douleurs légères à la miction.

11 janvier 1932. — Après trois injections de sapocridine, on constate la disparition des phénomènes douloureux avec persistance d'un léger écoulement crémeux.

25 janvier. — La blennorragie semblait guérie. Revu le 25 janvier pour une rechute : poussée aiguë avec écoulement abondant purulent, douloureux, gonococcique.

15 février. — Après trois injections de sapocridine, la phase aiguë est terminée, mais il persiste néanmoins un petit écoulement blanchâtre muqueux.

Revu le 7 mars, état stationnaire, chronicité manifeste.

CONCLUSIONS. — *Blennorragie, traitée tardivement par injection de sapocridine qui a jugulé rapidement une poussée aiguë sans avoir une influence nette sur l'évolution chronique de l'affection.*

OBSERVATION N° 6

M. D..., âgé de 34 ans, vient consulter le 12 août 1932 pour une blennorragie datant de 7 mois $1/2$, traitée à Saint-Louis de façon permanente par grands lavages. Actuellement écoulement abondant très purulent et douloureux.

26 août. — Après 4 injections de sapocridine, l'écoulement diminue d'importance, mais reste encore abondant et indolore.

Revu le 19 septembre, le malade présente encore un écoulement léger purulent, manifestement chronique.

CONCLUSIONS. — *Blennorragie chronique traitée au début, sans succès, par les grands lavages et dont l'évolution n'a pas été améliorée par les injections de sapocridine.*

OBSERVATION N° 7

M. L..., âgé de 30 ans, consulte le 29 août 1932 pour une blennorragie datant du mois de janvier : écoulement purulent abondant avec douleurs à la miction, présence de gonocoques ; en outre lésions diffuses de psoriasis.

9 septembre. — Après trois injections de sapocridine, on constate une nette amélioration, car si l'écoulement est abondant, il est absolument indolore, séreux.

14 octobre. — L'écoulement très minime et surtout matinal persiste, mais on a constaté une nette amélioration de psoriasis. Revu le 23 décembre, l'écoulement ne semble pas modifié.

CONCLUSIONS. — *Blennorragie chronique dont une poussée aiguë a été guérie par injections de sapocridine ; injections qui ont eu, en outre, un heureux effet sur un psoriasis généralisé.*

OBSERVATION N° 8.

Malade âgé de 24 ans, ayant contracté une blennorragie il y a un an, traitée pendant son service militaire par lavages au permanganate de potasse durant 5 mois, consulte le 3 octobre 1932 pour un écoulement datant du 15 juin, d'abondance moyenne, séro-purulent, non douloureux à la miction.

14 octobre. — Après 3 injections de sapocridine, l'écoulement est moins abondant, crémeux, amicrobien.

21 octobre. — Seul persiste un léger suintement mucopurulent et filant.

CONCLUSIONS. — *Poussée aiguë au cours d'une blennorragie chronique améliorée par la sapocridine, aucune influence sur l'inflammation chronique.*

OBSERVATION N° 9.

Malade âgé de 29 ans, consulte le 14 octobre 1932 pour un écoulement purulent et peu douloureux datant de deux mois, présence de nombreux gonocoques.

24 octobre. — Après 3 injections de sapocridine, l'écoulement est absolument indolore, moins abondant, séro-purulent.

28 octobre. — Le malade est revu atteint d'un œdème du gland assez important. La palpation de la région dorsale de la verge fait sentir un cordon dur, douloureux, témoignant vraisemblablement d'une phlébite de la veine dorsale; en outre, l'écoulement purulent persiste.

4 novembre. — Après la 6^e injection, l'œdème du méat a totalement disparu, le trajet veineux n'est pas douloureux, mais l'écoulement est encore abondant, muco-purulent. Revu le 21 janvier 1933 le malade présente un léger suintement muco-purulent non douloureux.

CONCLUSIONS. — *Blennorragie compliquée de phlébite de la dorsale, guérison des phénomènes infectieux aigus, mais passage à la chronicité.*

OBSERVATION N° 10.

Malade âgé de 22 ans, a contracté dans le courant du mois de juillet 1932 une blennorragie soignée et guérie (?) par le santal et le permanganate. Consulte le 17 octobre pour une rechute datant de 24 heures; écoulement purulent abondant, non douloureux.

21 septembre. — Après 6 injections de sapocridine, l'écoulement s'il est moins abondant, muqueux, et absolument indolore n'en persiste pas moins.

8 novembre. — Nouvelle poussée: écoulement purulent également douloureux.

12 décembre. — Après 3 nouvelles injections de sapocridine: amélioration nette, mais une petite goutte blanchâtre minime humecte chaque matin le méat.

Revu le 30 décembre: blennorragie chronique.

CONCLUSIONS. — *Blennorragie chronique, aucune modification de l'évolution sous l'influence du traitement.*

OBSERVATION N° 11.

Malade ancien syphilitique, est atteint de blennorragie datant de 3 ans; vient consulter le 24 octobre 1932 pour un écoulement purulent peu abondant, non douloureux, datant de 3 jours.

20 novembre. — La phase aiguë est jugulée après 3 injections de sapocridine, seulement persiste un léger écoulement le matin avant la première miction.

CONCLUSIONS. — *Poussée aiguë au cours d'une blennorragie chronique, nettement améliorée par le traitement.*

OBSERVATION N° 12.

Malade âgé de 20 ans, consulte le 2 décembre 1932 pour une blennorragie datant de 3 mois qui, traitée par lavages au permanganate, a persisté durant 2 mois. Actuellement écoulement important, purulent, abondant depuis 3 jours.

9 décembre. — Après 3 injections de sapocridine, la phase aiguë est terminée, écoulement peu abondant, séreux, indolore.

20 décembre. — Un léger suintement blanchâtre muqueux persiste après 3 nouvelles injections.

3 janvier 1933. — Le matin avant la miction une petite goutte blanchâtre.

CONCLUSIONS. — *Rechute d'une blennorragie chronique rapidement améliorée par le traitement.*

CONCLUSIONS

I. — Cette thèse a pour objet l'étude de l'influence que les injections du *Sapoïde du Chloro-Méthylate d'Acridine* sont susceptibles d'exercer par antiseptie profonde sur la blennorragie à sa phase aiguë.

II. — Les observations sur lesquelles se base notre travail sont celles de 43 malades traités et suivis au cours de ces dix-huit derniers mois à la consultation spéciale de notre maître Maurice Renaud à l'hôpital Bichat.

III. — Ils ont reçu à raison de deux par semaine de trois à six injections de 5 cmc. de la solution connue sous le nom de Sapocridine.

Les injections ont été faites indifféremment par voie intra-musculaire ou par voie intra-veineuse.

Aucun autre traitement, sous quelle modalité que ce soit, n'a été institué. Les malades n'ont jamais interrompu leurs occupations.

IV. — Aucun incident n'a été observé au cours du traitement qui n'a en rien gêné les malades et n'a

provoqué aucune réaction notable, de quelque ordre que ce soit.

V. — Chez tous les malades traités la période aiguë de la maladie s'est montrée singulièrement brève. Dès la première injection, l'œdème, la congestion du gland et du méat, avaient disparu, les douleurs avaient cessé, l'écoulement était diminué.

Dès la fin de la première semaine, c'est-à-dire après deux injections de sapocridine la phase aiguë pouvait être considérée comme terminée, tout se réduisant à la présence d'un écoulement discontinu peu abondant et séro-purulent.

VI. — L'atténuation rapide de la maladie fut suivie dans la grande majorité des cas de la guérison complète sans séquelles dans un laps de temps de 3 à 25 jours (27 cas sur 31).

Chez certains sujets, la blennorragie bien que d'apparence franchement aiguë ne dura ainsi pas plus de 4 à 5 jours.

VII. — Au cours des poussées aiguës des blennorragies chroniques on obtint une limitation rapide des processus aigus mais sans que put être notée une influence sur les lésions chroniques que nous n'avons jamais vu guérir. Les malades n'ont présenté qu'exceptionnellement des complications malgré leur vie active (pas de suppurations, pas de cystites, deux orchites).

VIII. — La Sapocridine exerce indiscutablement une

action sur les lésions inflammatoires aiguës de type phlegmoneux de la blennorrhagie dont elle provoque la résolution rapide. Elle agit donc dans cette maladie comme dans toutes les affections à détermination inflammatoires locale (phlegmons, érysipèles, furoncles, etc.).

IX. — Capable d'arrêter précocement l'extension de la maladie, le traitement par la sapocridine nous est donc apparu susceptible :

- 1° De raccourcir toujours, de supprimer parfois immédiatement la durée de la phase aiguë de la maladie.
- 2° De réduire les complications (2 sur 31).
- 3° De favoriser la guérison rapide (et complète (27 sur 31).

X. — Il nous semble ainsi légitime de penser que le traitement de la blennorrhagie par les injections de sapocridine à la fois facile, bénin et indiscutablement efficace et qui a modifié du tout au tout la physionomie de la consultation de notre maître M. Maurice Renaud, doit être institué sans retard seul ou associé à un traitement local, de façon aussi précoce que possible, dès l'apparition des premiers signes de l'affection.

Il n'est pas interdit de penser que les résultats rapportés ici auraient été encore plus beaux si nos malades avaient été hospitalisés, maintenus au complet repos et si les premières injections de sapocridine avaient pu être rapprochées davantage les unes des

autres ; et cela nous ouvre les perspectives les plus prometteuses sur les résultats qu'on obtiendrait aisément, pour peu qu'on le veuille, dans la lutte contre une maladie dont l'humanité a eu, jusqu'ici, tant à pâtir.

Vu : le Président de la thèse,
G. MARION.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

RÉFÉRENCES DES OUVRAGES CITÉS

I. — L'évolution de la blennorrhagie.

1. *Janet (Jules)*. — Traité sur le diagnostic et le traitement de la blennorrhagie. Edition 1930.
2. *Jeanselme et Sézary*. — Traité de syphiligraphie et des maladies vénériennes.
3. *Luyt (Georges)*. — Traitement moderne de l'urétrite blennorragique, avril 1925, p. 79.
4. *Marion (G.)*. — Traité d'urologie. Edition 1928, vol. II. Traitement de la blennorrhagie aiguë, p. 703.

II. — La chimiothérapie de la blennorrhagie.

1. *Jausion, Diot et Vourexakis*. — Essai de chimiothérapie intra-veineuse de la blennorrhagie par le chlorhydrate de diamino-méthyl-acridine (Acad. de Médecine de Paris, 2 juin 1925).
2. *Jausion et Vancel*. — Nouvelles recherches sur la chimiothérapie intra-veineuse de la gonococcie. Les procédés de mordantage en thérapeutique (La Presse Médicale, 13 février 1926, p. 193).
3. *Jausion, Diot et Vancel*. — L'acridino-thérapie des affections gonococciques, son intérêt et son avenir (La Presse Médicale, 26 juin 1926).
4. *Tissot (J.)*. — Chimiothérapie intra-veineuse de la blennorrhagie par le chlorhydrate de diamino-méthyl-acridine (Soc. de Médecine de Paris, 29 mai 1926, n° 10).

5. *Adelman (P.)*. — La gonacrine dans le traitement de la blennorragie (Journal d'urologie, juin 1927, p. 510).
6. *Claro et Le bœuf*. — Les injections intra-veineuses de la diamino-méthyl-acridine dans le traitement de la blennorragie (Ann. des maladies vénériennes, 1926, p. 758).
7. *Dubot et Robert (Bruxelles)*. — La chimiothérapie intra-veineuse de la blennorragie (Le Scalpel, 20 mars 1926).
8. — Essai de la chimiothérapie intra-veineuse de la blennorragie par le néosalvarsan (Revue belge d'urologie et dermatologie, nov. 1912).
9. *Renaud (Maurice)*. — L'acridine et ses dérivés dans le traitement des affections bactériennes (Revue critique de pathologie et thérapeutique, avril 1930, p. 339).
10. *Paradis (Jean)*. — Traitement de la blennorragie par les sels d'acridine. Thèse de Montpellier, 1929.

III. — L'utilisation de la sapocridine dans le traitement de la blennorragie.

1. *Renaud (Maurice)*. — Le rôle des savons en thérapeutique d'après les conceptions nouvelles. I. — Propriétés physico-chimiques et biologiques (Revue critique de pathologie et de thérapeutique, avril 1930, p. 339).
 2. — Le rôle des savons en thérapeutique d'après les conceptions nouvelles. II. — Applications et résultats (Revue critique de pathologie et de thérapeutique, janvier 1931, p. 1).
 3. — Thérapie chimique : Le rôle des savons en thérapeutique d'après les conceptions nouvelles. III. — Antisepsie profonde par le complexe savonneux d'acridine. (Revue critique de pathologie et de thérapeutique, février 1931, p. 115).
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	11
CHAPITRE PREMIER. — <i>Vue d'ensemble sur les traitements de la blennorragie.</i>	13
1. Les thérapies locales.....	13
2. L'antisepsie profonde.....	15
L'acridine.....	17
Le composé chimique.....	17
Pouvoir bactéricide <i>in vitro</i>	17
Pouvoir bactéricide <i>in vivo</i>	18
Inconvénients : intoxicité.....	19
L'acridine dans la blennorragie.....	20
CHAPITRE III. — <i>La sapocridine</i>	23
Les sapoïdes.....	23
La sapocridine.....	25
CHAPITRE IV. — <i>La sapocridine dans le traitement de la phase aiguë de la blennorragie</i>	28
I. — L'évolution spontanée de la blennorragie.....	28
II. — La phase aiguë de la blennorragie.....	30
Chez les sujets traités par la sapocridine.....	30
1. Les malades.....	30
2. La conduite du traitement.....	31
3. Les résultats.....	32
a) Les blennorragies aiguës guéries rapidement et complètement. Rareté des complications ; amélioration ; chronicité.....	32
b) Les poussées aiguës au cours des blennorragies chroniques.....	36

CHAPITRE V. — <i>Résumé d'ensemble</i>	38
CHAPITRE VI. — <i>Observations</i>	41
a) <i>Blennorragies aiguës ayant évolué vers la guéri-</i> <i>son</i>	41
b) <i>Blennorragies aiguës ayant évolué (malgré le trai-</i> <i>tement par la sapocridine) vers la chronicité...</i>	54
c) <i>Poussées aiguës au cours de blennorragies chro-</i> <i>niques</i>	57
CONCLUSIONS.....	64

